

11/24/2004

A la familia de:

CON RELACIÓN A:

Estimada familia,

La presente es con respecto a su solicitud para obtener servicios de apoyo familiar de la División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo (DDD) para el período de servicio que comienza el 1 de julio de 2004.

A partir del 1 de abril de 2004, DDD recibió aprobación federal para implementar cuatro nuevas exenciones de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (KHCBS). Éstas reemplazaron a la antigua exención de CAP. Un miembro de su familia fue colocado en una de estas cuatro exenciones para que reciba acceso continuo a los servicios. Continuará siendo elegible para los servicios de Apoyo Familiar como se autorizan más abajo **hasta que reciba la exención del Plan de Atención (POC)**. La fecha del nuevo Plan de Atención (POC) es la fecha que se utilizará como su nueva fecha de aniversario.

Programaré una reunión con usted antes de abril de 2005 para establecer un Plan de Atención (POC) para el miembro de su familia e identificar de qué manera las nuevas exenciones satisfacen sus necesidades de asistencia. Una vez que su Plan de Atención (POC) entre en vigencia, habrá un cambio en la manera en que se autorizan algunos de los servicios de Apoyo Familiar.

- El cambio más importante es que los reglamentos federales requieren que el pago de todos los servicios se emita directamente al proveedor de los servicios. Ya no se autorizarán los reembolsos a las familias.
- A pesar de que habrá algunos cambios, las nuevas exenciones continuarán incluyendo servicios tales como cuidado de relevo, terapias y otra ayuda incluidos en el programa actual de Apoyo Familiar.
- Si recibe Pagos Suplementales de Seguro (SSP), su participación en las nuevas exenciones no afecta que continúe recibiendo SSP de DDD; y continuará recibiendo estos pagos siempre y cuando el miembro de su familia continúe siendo elegible para recibir Ingreso Suplemental de Seguro (SSI).

Para determinar la cantidad de servicios que necesita, hemos evaluado:

- Su solicitud para los servicios de apoyo familiar,
- Los reglamentos del programa de apoyo familiar de DDD,
- Los fondos del presupuesto de DDD disponibles para el programa de apoyo familiar.

Hemos determinado lo siguiente:

(1) Su nivel de necesidad de servicio es: _____

(2) Según los reglamentos del Programa de Apoyo Familiar, la cantidad de servicios para la cual su familia califica es: _____

Sírvase leer las instrucciones adjuntas que explican los lineamientos para utilizar el dinero proveniente del programa de Apoyo Familiar. **NOTA: Estos lineamientos sólo se aplican hasta que obtenga su Plan de Atención (POC)**. Si tiene preguntas, llame al Administrador de Caso/Recursos.

1. Si NO recibe Pagos Suplementales de Seguro (SSP), su administrador de caso debe aprobar los servicios flexibles financiados para que DDD pueda pagarlos **ANTES DE QUE COMIENCEN.**
2. Llene y envíe una copia del Plan y Boletín de Apoyo Familiar adjunto tan pronto como le sea posible.
3. Guarde la otra copia para su propio registro.

Puede variar de mes a mes la cantidad y el tipo de servicios que utiliza siempre y cuando los pagos totales de DDD en un período de doce meses no excedan el monto que se indica en la línea 2.

Si considera que la decisión que hemos tomado en cuanto a su solicitud para los servicios de apoyo familiar es incorrecta, o si posee información que considera pudiera cambiar la información que se ingresó en las líneas (1) ó (2), puede escribir a [] de esta Región [] de la Oficina de Servicios regionales de DDD para evaluar su solicitud y nuestras decisiones. Coloque la dirección en la carta y envíela antes del último día laboral de este mes a:

También puede solicitar una apelación a nuestra decisión en cuanto al nivel de servicios necesarios o en cuanto al monto de financiación autorizado por la División. Debe presentar su apelación por escrito antes de transcurridos 28 días a partir de la fecha en que reciba este aviso. La Oficina de Apelaciones concertará una audiencia imparcial para usted. Debe enviar su solicitud a:

Department of Social and Health Services
Office of Administrative Hearings
PO Box 42489
Olympia WA 98504-2489

Si tiene alguna pregunta, llame a [] al [] .

Cordialmente,

Administrador de Recursos del Caso
División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo

Adjuntos: WAC 388-825
Boletín de los Planes de Apoyo Familiar (complete, firme y envíe uno)
Boletín de los Planes de Apoyo Familiar (complete el segundo y guárdelo para sus registros)
Sobre de retorno

Cc: Expediente